FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 106

DES

PSEUDO-TUBERCULOSES

D'ORIGINE GRIPPALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1896

PAR

Paul-Emile AVRILLEAUD

Ex-interne provisoire des Hôpitaux

Né à Royan (Charente-Inférieure), le 11 avril 1871.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PICOT,	professeur,	*président.*
	FERRÉ,	professeur,	*juges.*
	MESNARD,	agrégé,	
	CASSAËT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 106

DES

PSEUDO-TUBERCULOSES

D'ORIGINE GRIPPALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1896

PAR

Paul-Emile AVRILLEAUD

Ex-interne provisoire des Hôpitaux

Né à Royan (Charente-Inférieure), le 11 avril 1871.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PICOT,	professeur,	*président.*
	FERRÉ,	professeur,	*juges.*
	MESNARD,	agrégé,	
	CASSAËT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne	MM. PICOT. PITRES. DEMONS.
Clinique externe	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur RONDOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.
Officier de l'Instruction publique.

2 Avrilleaud.

INTRODUCTION

Pendant l'hiver dernier notre maître M. le docteur Rondot ayant à plusieurs reprises attiré notre attention sur des malades atteints de manifestations pulmonaires de la grippe et dont l'ensemble symptomatique, physique et fonctionnel pouvait faire croire à de la tuberculose, il nous a semblé intéressant d'étudier plus spécialement cette question, qui a jusqu'ici été laissée un peu dans l'ombre, et de chercher à montrer que dans certains cas où le clinicien peut être tenté de diagnostiquer une tuberculose pulmonaire il y a simplement bronchite ou pneumonie grippale.

Nous sommes heureux que ce travail fournisse à notre reconnaissance envers nos maîtres une occasion de s'exprimer.

Nous prions M. le docteur Rondot, dont nous avons été l'élève pendant cette dernière année d'études et sous l'inspiration duquel cette thèse a été faite, de croire à notre gratitude.

M. le docteur Verdalle, dont nous avons pu apprécier le sens médical aussi judicieux que spirituellement fin, nous a toujours montré la plus grande bienveillance, nous ne l'avons jamais oublié.

Nous ne voudrions pas oublier M. le D[r] W. Binaud, MM. les D[rs] Chavannaz et Carrière dont nous avons suivi les cours de préparation de l'internat. Qu'ils reçoivent ici tous nos remercîments.

Enfin, nous gardons une vive reconnaissance à M. le professeur Picot pour les notions sérieuses de clinique médicale que nous avons pu acquérir auprès de lui pendant une année d'externat et pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

DES

PSEUDO-TUBERCULOSES

D'ORIGINE GRIPPALE

On sait avec quelle facilité la grippe se porte sur l'appareil respiratoire, il n'est aucune partie de cet appareil qu'elle ne puisse atteindre : le coryza aigu, la laryngite, la trachéite l'accompagnent presque constamment; fréquemment la bronchite peut descendre jusqu'aux petites bronches et donner lieu à une des formes les plus terribles de la bronchite capillaire.

La congestion pulmonaire s'observe souvent aussi; enfin, surtout au début ou au déclin de l'affection, la pneumonie peut se présenter; cette pneumonie a d'ailleurs souvent des caractères particuliers qui lui donnent une physionomie clinique un peu spéciale, la différenciant absolument de la pneumonie vulgaire. On observe également, à la suite de la grippe, des cas de pleurésie séreuse ou purulente.

Mais nous avons supposé jusqu'ici que la grippe atteignait des sujets exempts de tares antérieures, telles que la tuberculose par exemple. Si le sujet atteint de grippe est prédisposé à la tuberculose, qu'il offre un terrain de moindre résistance, l'éclosion de

cette dernière sera favorisée par l'atteinte d'influenza ; s'il est déjà tuberculeux, nous verrons la phtisie précipiter sa marche et le dénouement fatal arriver bien plus vite : « La grippe, dit M. Widal dans le Traité de médecine, donne à la tuberculose un coup de fouet tel que même des formes de phtisie à évolution lente peuvent prendre subitement une allure galopante ».

Après l'épidémie de 1889-1890, le comité du Congrès pour l'étude de la tuberculose ayant fait, par l'organe de son secrétaire général, M. Petit, cette question : « Que pensez-vous de l'action de la grippe sur la tuberculose et réciproquement », des observations incontestables émanant d'un peu partout et en particulier du docteur Courtin (de Bordeaux) vinrent prouver l'influence nocive de la grippe sur l'évolution de la phtisie.

Etant donné la fréquence des manifestations tuberculeuses au cours de la grippe, il est tout naturel que le médecin ait une tendance à porter dans bien des cas le diagnostic de tuberculose pour peu que quelques symptômes semblent l'y autoriser ; or il est inutile d'insister sur les conséquences d'un pareil diagnostic dont l'importance n'échappera à personne ; le malade est-il tuberculeux, ne l'est-il pas? il y a là presque une question de vie ou de mort. En outre, les conséquences de diagnostic ne sont pas sans avoir une certaine influence sur la façon dont on instituera le traitement du malade.

Les quelques observations que nous avons en notre possession semblent nous prouver qu'il existe des formes pulmonaires simulant la tuberculose sans en être vraiment, qu'il existe en un mot des pseudo-tuberculoses d'origine paludéenne cédant à l'emploi de la quinine, et des pseudo-tuberculoses aspergillaires et anthracosiques.

C'est là une question qui paraît avoir été assez peu étudiée jusqu'ici, nous avons feuilleté nos classiques sans y trouver mentionnées ces formes pseudo-phymiques. Cependant quelques

auteurs déjà ont noté en passant la confusion possible de la grippe avec la phtisie.

En 1883, dans une communication à l'Académie de médecine, M. G. Sée disait, à propos du diagnostic des phtisies douteuses par la présence des bacilles dans les crachats :

« Un malade de mon service était entré pour une bronchite aiguë grippale (tel était le diagnostic formulé) datant de trois semaines et caractérisée par des râles muqueux disséminés exactement comme dans la grippe ; on constata la présence de bacilles dans les crachats ; quinze jours après, on trouva des craquements humides au sommet du poumon droit ; c'est l'absence ou la présence de bacilles dans les crachats qui décidera dans les cas douteux entre la grippe et la tuberculose ».

M. Mettes dit, dans le Traité de thérapeutique : « Dans certains cas la grippe est suivie d'une pneumonie ulcéreuse amenant des lésions qui donnent lieu à des signes physiques et fonctionnels analogues à ceux de la phtisie. Ces cas ne peuvent être bien interprétés qu'après l'examen bactériologique qui y révèlera le bacille de Pfeiffer à l'exclusion du bacille de Koch ».

Enfin, tout récemment, au congrès de médecine interne de Lyon, en 1894, M. Lemoine soutient que la grippe peut simuler trois formes spéciales de tuberculose.

« Dans une première série de cas, la grippe peut simuler la pneumonie tuberculeuse du sommet et faire croire à l'évolution d'une poussée aiguë au cours d'une tuberculose ancienne, mais si on fait l'examen bactériologique, on ne trouve pas de bacille de Koch, et généralement les bacilles qu'on trouve sont des streptocoques. D'ailleurs, au bout de quelques semaines, trois mois au maximum, la résolution se fait et il se produit une sclérose du poumon.

Dans d'autres cas de grippe, il existera une bronchite unilatérale simulant ces formes de tuberculose qui n'atteignent également qu'un côté.

Enfin, dans une troisième forme grippale, la maladie aboutit à la dilatation bronchique et l'on a des signes de caverne qui peuvent facilement induire en erreur, mais là encore, comme dans les formes précédentes, on ne trouve pas de bacille de Koch.

En résumé, dans les cas auxquels je fais allusion, le diagnostic est extrêmement difficile et le seul moyen de ne pas se tromper consiste à faire une étude bactériologique complète, car ni l'examen bactériologique, ni les cultures ni les inoculations ne permettent de déceler le bacille de la tuberculose.

Nous avons pu vérifier l'exactitude des deux premières formes de pseudo-tuberculoses établies par M. Legard, il ne nous a pas été donné de rencontrer la troisième forme, mais il nous paraît que de l'ensemble de nos observations se dégage une classification un peu plus compliquée que la sienne, et des formes cliniques présentant des symptômes assez bien définis, c'est ce que nous allons essayer de montrer.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Dr Rondot.

Bronchite des sommets. — Soupçons de tuberculose. — Guérison.

11 juillet 1891, M. A.. 20 ans. A la suite d'un refroidissement, le corps étant en sueur, contracte une bronchite, une de ses sœurs étant morte de tuberculose, d'autres antécédents existant chez des oncles, on était vivement inquiété au point de vue de l'évolution ultérieure de cette affection.

Il s'agit d'un jeune homme grand, non amaigri, qui n'a pas cessé d'avoir de l'appétit, n'a jamais eu de fièvre. Il tousse beaucoup mais ne crache pas.

Ces symptômes se maintiennent avec ténacité, malgré un traitement bien institué : jusqu'ici il y a eu une prédominance des symptômes du côté gauche, en avant et en arrière.

A la percussion : sonorité diminuée au sommet gauche ainsi qu'à la base du même côté.

A l'auscultation : ensemble de râles au sommet ayant parfaitement le type de craquement dont quelques-uns même commencent à devenir humides. Expiration prolongée.

A la base : même bruits, secs avec quelques sibilances, ils ressemblent à des frottements, râles.

A droite, la respiration paraît normale quoiqu'un peu faible.

Nulle part on ne note d'exagération du retentissement vocal, malgré la diminution du son, et cela aussi bien pour la voix haute que pour le chuchotement.

En avant, foyers de petits craquements sous la clavicule gauche avec diminution évidente de la sonorité. Rien à droite. Cœur et autres viscères normaux.

On prescrit un vésicatoire en arrière et à gauche. Arséniate de soude. Vin phosphaté.

Sous l'influence du vésicatoire, diminution des symptômes locaux, toux moindre.

Le nez est fréquemment enchifrené. Il y a de la surdité d'une oreille. Il n'y a pas eu de symptômes d'influenza.

On donne alors : tannin et iodoforme en cachets, granules d'acide arsénieux.

L'amélioration s'accuse lentement.

Second vésicatoire en avant, troisième en arrière ; on peut alors constater une marche graduelle vers la guérison.

Au bout d'un mois les râles ont complètement disparu, la respiration est un peu saccadée en avant et en arrière à gauche. Le retentissement de la voix est normal.

On envoie alors le malade à Arcachon.

Le 24 août, il est examiné à nouveau : en arrière et à gauche on ne trouve plus aucun signe anormal. Sous la clavicule gauche encore un peu de respiration saccadée.

Le 7 septembre, on peut constater la disparition complète de tous les symptômes aussi bien à la percussion qu'à l'auscultation. On ne trouve plus de toux.

Le malade a cessé l'emploi de l'iodoforme, mais continue le tannin et de temps en temps, prend de l'acide arsénieux.

Son état général est excellent.

Depuis, s'est parfaitement porté et a pu faire son service à Pau depuis novembre 1892.

OBSERVATION II

M. le Dr Rondot.

Légère congestion pulmonaire du sommet droit. Tuméfaction hépatique.

5 mars 1895 : Femme, 44 ans. Encore réglée. Malade depuis une dizaine de jours. Elle tousse, se plaint d'être très fatiguée et paraît, en effet, absolument déprimée.

Pouls fréquent, régulier, petit. Au cœur, pas de bruits anormaux. La langue est bonne.

A l'examen de la poitrine, la percussion donne une diminution de la sonorité ainsi que des vibrations thoraciques à droite.

La respiration est légèrement soufflée au sommet droit et à la base gauche.

Rien en avant.

La rate est normale. Le foie, gros, déborde les fausses côtes de 3 centimètres environ. Il est sensible à la pression.

Cette femme a pris depuis hier du sulfate de quinine. On lui donne une potion au benzoate de soude et à la caféïne.

7 mars : Sueurs abondantes. Pas de fièvre, rudesse respiratoire, sonorité, diminution au sommet droit et en arrière.

11 mars : S'est bien remise, rien à la poitrine ni au cœur. Foie presque normal. Est sortie parfaitement guérie.

OBSERVATION III

M. le Dr Rondot.

Pneumonie congestive au sommet grippale. Guérison rapide. Pas de bacilles dans les crachats.

21 mars 1896 : Mme B..., 36 ans, prétend n'avoir jamais été malade. Ni syphilis ni rhumatisme.

Père mort d'une affection thoracique.

Fut prise il y a trois jours, dans la soirée, de frissons et d'un malaise général.

Il a tourné en des douleurs thoraciques et de la fièvre. A eu des crachats épais, rougeâtres.

La température actuellement est normale. Le pouls est faible et régulier.

A l'examen de la poitrine, au sommet droit, les vibrations sont exagérées, submatité dans la moitié supérieure du poumon droit. A l'auscultation, par moments après la toux, on entend des bouffées de râles sous-crépitants, superficiels (sensation de froissement de cheveux), ainsi qu'un léger souffle qui n'est pas constant.

Un peu de bronchophonie.

Rien à la base, sonorité normale.

A gauche, en arrière, sommet normal. Un peu de rudesse respiratoire à la partie moyenne. En avant, tonalité légèrement élevée à droite.

Respiration basse à droite.

Les bruits du cœur sont faibles.

Langue bonne. Réponses lentes, semble légèrement abrutie. N'a pas eu de troubles digestifs.

Ventre normal. Rien au foie ni à la rate. Crachats visqueux, gommeux, avec stries de sang rouge.

Traitement : Pointes de feu, potions stimulantes.

23 mars : Amélioration notable.

Température reste normale ; les crachats ne contiennent pas de bacille de Koch.

Au sommet droit, en arrière, toujours un peu de matité. Râles disparus. La respiration est, par moments, légèrement soufflante.

Rien en avant ni au cœur.

Le 24 : En arrière et à droite, le son revient graduellement.

Transsonnance à tonalité élevée.

Rien à la respiration qui est un peu faible.

En avant, sous les clavicules, sonorité exagérée par un peu d'emphysème bilatéral.

Au-dessus des clavicules, son plus clair à droite. Respiration un peu basse à droite.

Le 26 : En arrière, sommet droit : faiblesse du murmure vésiculaire, pas de râle.

En avant : inspiration rude, superficielle. On fait alors des pointes de feu en avant.

Le 28 : Sort en bon état.

Température.

	matin	soir
21	»	37,7
22	37,4	37,3
23	35,9	35,9
24	36,3	36,5
25	36	

OBSERVATION IV

M. le Dr Rondot.

Grippe typhoïde à forme pseudo-granulique. Guérison rapide.

17 décembre 1895, Mme D..., 30 ans.

Souffrante depuis une huitaine : présentant une fièvre continue avec exacerbations vespérales, et même à type inverse passager.

Soignée par son mari, médecin, qui lui a donné de la quinine, et de l'antipyrine, de la terpine et craint une poussée granulique.

17 décembre : Joues rouges, léger tremblement des lèvres, facies un peu typhique.

Température élevée. Pouls faible, régulier, 120 pulsations, langue blanche, deux aphtes au bord droit de la langue. Rien à la gorge. Ventre non météorisé, ni douloureux, pas de gargouillement, aucune tache rosée. Rate normale. Rien au foie.

Examen de la poitrine : En arrière, sonorité diminuée au sommet droit, le reste est normal. Signes de bronchite disséminée avec foyer de râles sous-crépitants, abondants à la base gauche. Respiration soufflante et rude et quelques râles au sommet droit. Peu de choses en avant. Rien au cœur. Ne tousse pas. Pas de dyspnée. Insomnie. Très nerveuse. Règles régulières. A été purgée. Prend du lait et un peu d'eau rougie.

On diagnostique une grippe à forme typhoïde avec broncho-pneumonie probablement non tuberculeuse. Urines rares. Un peu d'albumine.

On prescrit : Potion au benzoate de soude. Quinine. Teinture d'iode. Ventouses.

19 décembre : Légère amélioration. Fièvre tombée. La langue se dépouille, est luisante, un peu sensible à la chaleur. Aucune éruption.

Il persiste encore des signes de bronchite avec râles à la base gauche. Respiration forte au sommet droit avec quelques sibilances, quoique les signes soient atténués à ce niveau.

Rien d'abdominal.

On continue la quinine. Potion avec 0,60 centigr. de caféïne.

21 décembre : Amélioration notable. Fièvre tombée sans recrudescence. Les joues rougissent facilement, sont même un peu violacées. Sensation de refroidissement des pieds et des jambes. Langue luisante, vernissée. Pas de céphalée. Respiration normale. Quelques crachats blancs, mousseux sont apparus. Pouls faible, un peu accéléré. Bruits du cœur un peu faibles.

Poitrine : En arrière le sommet droit est à peu près débarrassé. A la base gauche, à peine de rudesse et de sibilance passagères.

Les urines restent rares, épaisses, briquetées, selles décolorées.

Foie ni gros ni douloureux, torpeur hépatique nette.

On continue la quinine et la caféïne.

Cachets de benzonaphtol et de naphtol β.

La malade doit se lever deux heures après-midi.

24 décembre : La malade se lève. Un peu de difficulté pour suivre son régime, ne prend qu'un litre et demi de lait. Pas de fièvre, signes négatifs au thorax et au cœur. On continue la quinine et on suspend l'emploi du naphtol.

Depuis, amélioration graduelle, convalescence franche. Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION V (personnelle).

Fièvre de surmenage. Grippe. Bronchite du sommet droit.

Décembre 1894. Salle 20, lit 10.

E..., commissionnaire, entre dans un état affreux de saleté et de vermine, éreinté, surmené, pas d'antécédents.

Etat typhoïde : Langue bonne. Pas de troubles digestifs. Aucune fièvre depuis plusieurs jours. Elévation vespérale. Rate grosse.

Poitrine : En arrière, râles ronflants, quelques sibilances au sommet gauche, rudesse respiratoire, sonorité diminuée.

Peu de choses en avant. Sonorité légèrement diminuée au sommet gauche.

Rien au cœur.

24 décembre : Accès de fièvre modérés. Encore déprimé. Rate grosse. Pas de ballonnement du ventre. Pas de taches.

Le 26 : Toujours fièvre vespérale. Prend de la quinine le matin.

Le 27 : Un peu de mieux. Fièvre tombe.

En arrière, sonorité diminuée, respiration rude au sommet gauche.

3 janvier : La fièvre n'a pas reparu.

Il conserve une grande faiblesse. La rate diminue.

Quelques pustules d'echthyma à l'épaule droite et aux jambes. Respiration normale. Prend benzo-naphtol 0 gr. 50.

Sorti le 10 guéri, sans signes pulmonaires.

Température :

22	décembre	36,6	37,2
23	—	38,8	39.1
24	—	38,4	39,4
25	—	38,6	39,2
26	—	36,8	38,2
27	—	37,2	37,8
28	—	37,3	37,6

OBSERVATION VI

Le Dr Rondot.

Broncho-pneumonie grippale à allures pseudo-granuliques. Pleurésie corticale de la base gauche. Soupçons de tuberculose.

Février 1894, Mlle G..., 7 ans 1/2.

Soignée l'an dernier pour bronchite tenace avec adénopathie trachéo-bronchique. Bien guérie après traitement et séjour à la campagne prolongé.

Père mort de tuberculose pulmonaire après une attaque d'influenza.

Etait très bien portante quand elle se plaignit, le 22 après-midi, de malaises avec mal de tête et fièvre.

24 février : Fièvre matin, 40°; soir, 39°.

Pouls fréquent, régulier, un peu accéléré, battements des ailes du nez.

Toux quinteuse. Langue blanche. Selles normales, a été purgée par le calomel.

La joue droite est rouge, par moments pâles. Pupilles normales, réagissent bien. Pas de vomissements, céphalée frontale.

Rien au ventre. Rate grosse, 7 à 8 centimètres de haut; urine fréquemment et peu.

Poitrine : En arrière, sonorité exagérée aux deux bases. Légère obscurité à gauche et au dehors à la partie moyenne. A ce niveau, souffle doux, sans râles nulle part.

Rien aux sommets. Cœur normal. Pas d'éruption. Gorge intacte. Avale bien, pas de symptômes nerveux.

On diagnostique, influenza avec poussée congestive vers le poumon et crainte de granulie. Quinine. Vésicatoire. Potion avec digitale et exalgine.

26 : Respiration fréquente. A eu des crises dyspnéïques pendant la nuit. Pouls très fréquent. Facies animé, fièvre. Quelques râles à gauche et en arrière. Submatité sous la clavicule gauche. A eu deux vésicatoires. On augmente la digitale.

Le 27 : Oppression continue. Fièvre, agitation nocturne, plaintes.

Submatité en avant et à gauche. Quelques râles sibilants en arrière, pas de phénomènes congestifs. Pouls régulier. Se relève. Ventre un peu tendu. Selles régulières.

Quinine. Alcool (punch), lait. Oxyde de blanc de digitale. Vésicatoire en avant à gauche.

Le 28 : Bonne nuit. Respiration moins fréquente, langue bonne. Face rouge, anémie. Pouls fréquent, régulier. En arrière, respiration rude, mais peu de signes anormaux. En avant, respiration dure, sans souffle. La matité gauche a diminué. Urines normales. Quelques cris nocturnes.

On continue la médication.

1er mars : Nuit bonne. Pouls moins fréquent 108, régulier, plus résistant. Toujours accélération de la respiration mais moindre. Battements des ailes du nez. Ecore zone mate sous la clavicule gauche avec respiration très rude, ronflante, sans râles.

En arrière : mêmes caractères à gauche, sans matité, mais rudesse et sifflements généralisés, et un peu de souffle en dehors.

2 mars : Nuit mauvaise, agitée ; au matin, dépression, somnolence passagère. Pouls faible, moins fréquent. Respiration courte, fréquente, selle régulière, urine normale, pupilles dilatées.

En arrière : souffle, broncho-égophonie, retentissement du cri. Pas de râles bullaires.

Respiration rude à droite.

En avant : matité légère est diminuée, rate normale.

On prescrit : Iodure de sodium. Digitale. Frictions sur le ventre avec pommade iodoformée.

Le 3 : Nuit meilleure : a reposé ; pouls 98, dépressible, régulier, faible ; langue bonne, respiration fréquente. Mêmes signes physiques.

Constipation : calomel, 0,25 grammes.

Le 5 : Semble mieux comme état général, malgré la fréquence du pouls 120, qui est plutôt fort et large. Crachats verdâtres, toux grasse.

En avant à gauche : matité diminuée. Respiration rude sans souffle ni râles.

En arrière : râles ronflants se confondant avec la rudesse respiratoire, quelques râles.

On continue l'iodure, caféïne et benzoate, quinine, alcool, champagne.

Le 6 : Amélioration malgré la fréquence du pouls ; côté gauche en avant sonore, un peu skodique, respiration rude. Vésicatoire en arrière et à gauche.

Le 7 : Respiration moins fréquente. Amélioration générale continue. Toux sèche, quinteuse cette nuit.

Pouls 104, régulier, assez fort.

A gauche et en avant : sonorité normale. Rien à l'auscultation.

A gauche et en arrière : sonorité diminuée, quelques frottements, souffle intermittent, cortical, nouveau vésicatoire. Potion au benzoate de soude. On suspend l'iodure.

Même situation les jours suivants : il semble se faire un peu d'épanchement en arrière et à gauche. Toujours pouls fréquent. Lavement de gaïacol. Inhalations d'oxygène.

Le 14 : Respiration encore un peu accélérée, petites poussées fébriles et sueurs, état général assez bon.

En avant : on voit l'expansion inspiratoire du thorax à droite, elle est à peu près nulle à gauche.

Sonorité normale à gauche avec timbre creux, skodique, bruit de boîte.

Respiration normale, rien au cœur.

En arrière : base droite, quelques frottements à type crépitant sans modification à la sonorité qui reste normale.

A gauche : matité au tiers inférieur, semble avoir légèrement baissé depuis le dernier vésicatoire. Respiration soufflante, souffle aigre, avec quelques râles ou frottements remontant un peu au-dessus de la matité. L'iodure a été repris, un peu de quinine, de digitale suivant les indications.

Les jours suivants, persistance des signes locaux en arrrière et à gauche, matité à la moitié inférieure, souffle comme cavitaire, pas de râle.

Rien à droite ; en avant sonorité et respiration normales.

La fièvre tombe, faiblesse, mange très peu, capricieuse.

Le 24 : La malade part à la campagne.

Le 20 avril : Tous les signes locaux pulmonaires ont disparu. L'enfant s'est parfaitement remise.

26 octobre : A passé l'été à la campagne où elle s'est bien portée, sans tousser. Bon appétit. Figure rose. Pouls bon. A grandi. Pas de sueurs.

Examen de la poitrine : En arrière et à gauche, son normal jusqu'à la base. Elasticité.

Mais à l'auscultation : Aux deux temps, râles sous-crépitants ou frottements dans un tiers de la surface en arrière et sur la ligne axillaire avec murmure vésiculaire simple sans retentissement vocal.

Prend du phosphate de chaux, de l'huile de foie de morue créosotée. Reste à la campagne jusqu'en décembre.

Avril 1896 : Va très bien. Se développe parfaitement. A présenté quelques frottements à la base gauche sur une largeur de 4 à 5 centimètres et une hauteur de 2 à 3. Partout ailleurs la respiration est pure.

Juin 1896 : L'enfant est parfaitement guérie. Elle est grande et forte pour son âge.

OBSERVATION VII (personnelle).

Broncho-pneumonie grippale du sommet gauche. — Légère hémoptysie.

Petits payants. Hôpital Saint-André.

Décembre 1895 : F..., 42 ans. Employé aux chemins de fer du Midi. Exposé aux poussières de charbon. Forte complexion.

Tousse depuis un mois. A craché un peu de sang. Accès fébriles passagers.

A l'examen : Sonorité diminuée au sommet gauche, en arrière, avec râles sous-crépitants fins. Rien à droite ni en avant, sauf quelques sibilances. Pas de bacilles.

Amélioration graduelle par le benzoate de soude, puis carbonate de gaïacol et vésicatoire.

Sort parfaitement guéri dans les premiers jours de janvier, ne présentant aucun signe anormal à l'auscultation.

OBSERVATION VIII

M. le Dr Rondot.

Grippe. — Bronchite spasmodique avec signes congestifs au sommet droit.

I..., 35 ans, est pris subitement, le vendredi 18 juillet, de symptômes de bronchite spasmodique.

Début par rougeur des yeux qui sont brûlants. Le nez est pris, la voix est enrouée. Jusqu'au samedi a de violentes crises de toux sèche, quinteuse, avec accès dyspnéïques inquiétants.

Le 19, au soir, il est très prostré, signes de catarrhe.

Quelques râles sibilants assez rares ; en somme, peu de signes thoraciques.

Pouls plein, pas fréquent, gorge très rouge, langue saburrale. Se plaignait de l'estomac depuis quelques jours. Courbature.

On prescrit : Antipyrine, kermès, teinture d'iode. Vomitif pour le lendemain.

20 juillet : Va mieux. A reposé. Dyspnée disparue. Voix voilée. Quintes surtout nocturnes. Quelques-unes rappellent la coqueluche qu'il a eu très violente il y a 3 ans.

Respiration légèrement soufflante en avant et à droite. En arrière, au sommet droit, petites bulles très espacées et passagères. Submatité

Le 21 : L'amélioration se soutient, mais le sommet droit présente les

mêmes signes. En avant, sous la clavicule droite, respiration un peu forte sans râles ni modifications vocales.

En arrière, respiration faible; on ne sent pas le déplissement des alvéoles, respiration à peu près normale, manque d'expansion à ce niveau. Vésicatoire. Benzoate de soude.

L'amélioration s'accentue rapidement; tous les symptômes disparaissent et, le 30 juillet, l'auscultation ne fait reconnaître aucun signe anormal.

Il reste une anémie profonde et de la faiblesse des jambes. Le pouls est excellent, le cœur aussi.

On ordonne des toniques et le séjour à la campagne jusqu'à la fin de la saison.

Depuis, santé normale.

OBSERVATION IX

Broncho-pneumonie grippale. Souffle au sommet droit. Guérison.

11 février 1896. Salle 20.

L..., comptable, 47 ans.

Sujet aux rhumes depuis 1870, syphilis antérieure soignée, forte stature, assez gros et musclé. Pris depuis trois jours de courbature, fièvre, douleur, névralgie faciale gauche, toux fréquente, crachats blanchâtres.

Pouls fréquent, plein, facies congestionné. Langue blanche, semble légèrement œdémateuse vers la pointe où elle est gonflée et luisante.

Examen de la poitrine : En arrière, sommet droit, sonorité diminuée, respiration soufflante caverneuse et bronchophonie. Base gauche, petits râles fins congestifs.

En avant, sonorité diminuée et tonalité augmentée à droite. Râles sibilants.

Cœur : Limites normales. Bruits sourds, faibles. Ventouses scarifiées au sommet droit et à la base gauche. Quinine. Potion avec benzoate, antipyrine et aconit.

12 février : Mieux sensible. Respiration large. Pouls régulier, encore fréquent 90.

En arrière, toujours souffle au sommet droit. Base gauche, l'expiration légèrement soufflante a remplacé les râles.

En avant, moins de râles.

Cœur : Bruits plus nets avec léger frottement mésosystolique. Matité non accrue.

Le 13 : L'amélioration persiste. Pouls plus ample. Langue encore blanche, moins gonflée.

En arrière, souffle au sommet droit. Partout des sibilances. Quelques râles crépitants.

A la base gauche, frottements, râles.

On supprime l'antipyrine. Potion au carbonate d'ammoniaque, 2 grammes.

Le 14 : Encore des râles sibilants. Souffle plus doux au sommet droit quelques crépitants disséminés aux bases.

Cœur : Traînement mésosystolique.

Le 15 : râles persistent ; en arrière, avec moins de sibilances. Toujours souffle expiratoire au sommet droit. Pointes de feu.

Le 17 : Souffle persiste avec ou avant des sibilances.

Le 20 : Sibilance généralisée avec ronflements prédominant au sommet droit.

Le 24 : Va bien mieux, la bronchite a disparu, la respiration est rude au sommet droit. Au cœur les bruits sont un peu sourds.

Le 29 : Léger souffle inspiratoire du sommet droit avec respiration normale. Murmure souple, aucun râle. Va très bien. Pas de bacilles dans les crachats.

Sort sur sa demande :

	Matin.	Soir.
10 février.	38,1	37,8
11 —	38,2	37,1
12 —	37,6	37,9
13 —	37,4	37,8

OBSERVATION X

M. le Dr Rondot.

Gangrène pulmonaire post-grippale. — Hémoptysie. — Guérison.

Salle 20, lit 11.

9 mai 1895 : H..., 58 ans, cordonnier. Soigné depuis deux mois pour affection broncho-pulmonaire à la suite d'influenza. Toux persistante, expectoration, amaigrissement, hémoptysie. A d'abord été considéré comme un simple tuberculeux.

Face pâle. Pouls fréquent. Pas d'élévation de la température à la main.

Poitrine : En arrière forte convexité à grande courbure de la colonne vertébrale. Submatité au sommet droit avec craquements secs, inégaux, ne se retrouvant pas à la base. Quelques sibilances à gauche. Rien au sommet. En avant : son égal des deux côtés, pas de signes.

Expectoration : crachats de bronchite, verdâtres, à odeur fétide de macération anatomique. Haleine également fétide ; était soigné depuis quelque temps pour cette complication. Pas de frissons, ni de diarrhée. Fonctions digestives normales, mange bien.

Rien au cœur. Langue bonne, humide. Ne semble pas présenter de dilatation bronchique, pas de vomique matinale. N'a pas eu de pneumonie.

Potion à l'eucalyptol.

Le 10 : Repose un peu mieux, température 36° 5. Elévation le soir. Râles crépitants dans toute la hauteur du poumon droit. Pointes de feu.

Le 11 : En arrière, râles sous-crépitants dans toute la hauteur, prédominent à la partie moyenne, matité au tiers supérieur.

Le 13 : Pas de bacilles dans les crachats. Mêmes signes physiques.

Le 14 : Idem.

Le 15 : Idem.

Le 16 : Idem.

Le 18 : L'état général se relève. Quelques crachats rares, nummulaires

Gros râles sous-crépitants en arrière et à droite de haut en bas, ils ressemblent à des gargouillements. Rien de cavitaire.

Le 20 : Va bien. Bon appétit.

Le 21 : Râles diminués, type de crépitation pleurale. Au sommet, inspiration un peu soufflante. Douleur à la pression dans le troisième espace intercostal, sans signe particulier. Cœur normal.

Le 22 : Tousse davantage, râles plus abondants en arrière et à droite. Pas de fièvre.

Le 24 : Tousse encore, pas de fièvre.

Le 25 : Un peu de souffle au sommet en arrière et à droite, avec râles fins à la base droite.

Injection de gaïacol à 1/10.

Crachats et haleine toujours fétides.

Le 27 : Râles diminués ; on continue le gaïacol.

Le 28 : Râles abondants le matin, sous-crépitants et gargouillements vers le sommet. Rien à gauche, pas de fièvre ; semble s'affaiblir.

Le 30 : Mêmes râles sous-crépitants dans tout le côté droit.

1er juin : Signes locaux stationnaires, pas de souffles.

Le 3 : Va assez bien.

Le 6 : Gros râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon droit en arrière, avec obscurité du son en bas. En avant, quelques râles avec sibilances.

Pointes de feu en avant et à droite.

Le 8 : Râles diminués en arrière. Souffles au sommet. En avant, râles disparus depuis la révulsion ; moins de fétidité de l'haleine et des crachats.

Le 11 : Le mieux s'accentue. Toujours souffle un peu aigu au sommet droit et des sons crépitants dans le reste du poumon droit.

En avant, respiration un peu granuleuse, rude. Injection de gaïacol.

Le 15 : Continue d'aller bien, malgré l'état stationnaire des signes locaux. Quelques crachats verdâtres.

Le 18 : Souffles disparus au sommet. Râles très disséminés, remplacés par rudesse respiratoire.

Le 20 : On retrouve les râles sous-crépitants, volumineux, paraissant corticaux de haut en bas.

Le 22 : Mêmes râles parcheminés.

Le 25 : Mêmes râles parcheminés, comme une crépitation superficielle, pleurale.

Le 29 : Sort sur sa demande. Excellent état général, a repris ses forces; peu d'expectoration. Nouvelle analyse des crachats : négative.

En arrière, à droite, toujours submatité dans toute la hauteur; diminue un peu dans les fortes inspirations; de haut en bas, crépitation pleurale, sèche, donnant la sensation de gros craquements inégaux, sans aucun souffle. Pas de modification de la voix, haute, ni chuchotée. Rien à gauche.

En avant, respiration normale. Son un peu plus élevé de tonalité sous la clavicule droite, sans râle.

Cœur : volume ordinaire. On trouve maintenant un souffle au premier bruit, à maximum préventriculaire, diminuant beaucoup dans la position assise. Pas de douleur précordiale.

Température.

9 mai	37,4	38,2
10 —	36,4	37,2
11 —	37,6	37,2
12 —	37,3	37,8
13 —	37,2	38,6
14 —	36,5	36,8
15 —	37,1	36,4

OBSERVATION XI

M. le Dr Rondot.

Broncho-pneumonie. Grippe. Hémoptysie. Gangrène pulmonaire. Mort.

Février 1895. M. K., 46 ans, atteint brusquement au commencement de février de symptômes de grippe avec fièvre, douleur, etc.

Allait bien au bout d'une huitaine, le docteur lui avait permis de se lever; il prend à ce moment un purgatif.

Le 11 février au matin, il est pris de faiblesse générale avec engourdissement du membre inférieur gauche. Sensation de constriction thoracique et abondant crachement de sang. Nous le vîmes à ce moment, il venait de remplir deux serviettes de sang rutilant; il souffre un peu de l'épaule gauche.

On trouve des râles fins au sommet gauche en arrière, pas de souffle. On ordonne une potion à l'ergotine et un vésicatoire sous la clavicule gauche.

Depuis, amélioration graduelle, pas de nouvelle hémoptysie.

Le 24 février, il est repris de frissons, point de côté, râles disséminés. On ordonne : vésicatoires, quinine et capsules de gaïacol. Le médecin traitant, en raison de la localisation au sommet de la rechute, éprouve de vives craintes et provoque une consultation.

En approchant du malade, on sent une odeur gangréneuse type répandue autour de lui.

Il paraît qu'elle existe depuis plusieurs jours déjà. L'haleine n'est pas fétide. Les crachats non plus. Ceux ci sont peu abondants, jaunâtres, purulents, sans aucun débris noirâtre.

Il y a deux jours, le matin, le malade a rejeté par une véritable vomique environ un verre de cette même expectoration.

Pouls 96, ample, large. Facies un peu bistré. Langue bonne. Le malade s'alimente assez, légère diarrhée, pas de sueurs.

En arrière : sonorité non modifiée.

Quelques râles bulleux disséminés du sommet à la base gauche, sans modifications vocales. Respiration un peu rude et soufflante dans la ligne axillaire. Presque rien à droite.

En avant : Sonorité diminuée sous la clavicule gauche avec râles fins assez nombreux, un peu réguliers, ressemblant beaucoup à des craquements. Rien au cœur. Foie normal.

On continue la quinine, vésicatoire en avant. Préparation d'eucalyptol. Examen bactériologique des crachats négatif.

On diagnostique alors : broncho-pneumonie grippale à début brusque avec hémoptysie congestive. Il y a des doutes sur la gangrène pulmonaire

à moins que les sécrétions fétides ne proviennent d'un foyer central dont les signes ne puissent pas être décelés. Craintes de tuberculose ultérieure.

Depuis, l'examen des crachats est resté négatif au point de vue du bacille de Koch.

L'état général s'est rapidement aggravé et la mort est survenue presque brusquement sans nouvelle hémoptysie.

SYMPTOMATOLOGIE

De l'ensemble de ces quelques observations, il nous paraît résulter que ces fausses tuberculoses pouvaient être classées en un certain nombre de formes assez différentes les unes des autres.

Tout d'abord un fait nous frappe : les unes évoluent rapidement, les symptômes physiques qui avaient fait croire à de la tuberculose disparaissent presque aussi vite qu'ils étaient venus, après quelques jours, quelques semaines tout au plus. C'est ainsi que le malade dont il est question dans l'observation V, guérit en moins d'une semaine.

Dans d'autres cas, au contraire, nous avons affaire à des formes lentes, traînantes, chroniques en un mot, qui persistent longtemps et par ce fait même font encore davantage hésiter le diagnostic, car leur marche affecte bien les allures de la phtisie, qui, on le sait, évolue presque toujours d'une façon chronique.

Dans la première catégorie (formes aiguës) nous pourrons trouver quelquefois de la bronchite des sommets (Obs. I) caractérisée par l'amélioration rapide du malade et dans laquelle l'ensemble des signes de Grancher propres à la première période de la tuberculose peut être retrouvé.

On sait que les modifications du murmure vésiculaire dans la période de germination des tubercules ont été étudiées avec soin par M. Grancher. On accorde aujourd'hui une très grande importance à ces modifications de la voix pour le diagnostic précoce de la tuberculose; cependant, dit M. Marfou (Traité de médecine, t. IV), cette importance ne doit pas être exagérée, car il n'est pas

prouvé que ces modifications ne s'observent que chez des tuberculeux. C'est justement ce que nous nous proposons de démontrer.

On peut percevoir au début de la phtisie :

1° Des modifications de l'inspiration et de l'expiration. Inspiration rude et basse, expiration haute et prolongée;

2° L'affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet des poumons;

3° La respiration saccadée. C'est un mode de respiration dans lequel l'inspiration et plus rarement l'expiration, au lieu de se faire en une seule fois, s'accomplissent en plusieurs temps séparés (de 2 à 5).

4° On peut encore, à cette période, percevoir des craquements secs et même des râles crépitants vrais.

Or, on voit que la plupart de ces signes existaient chez le malade qui fait l'objet de l'observation I.

Chez les malades des observations II et III nous avons affaire en réalité à une pneumonie du sommet qui pouvait induire en erreur étant donnés la matité du sommet, la respiration soufflante et les râles fins qu'on y entendait. Ce qui caractérise cette forme, c'est son évolution rapide et l'absence de fièvre.

Mais, si ces attaques de grippe à localisation pulmonaire atteignent un sujet affaibli, débilité ou surmené, le diagnostic se complique, les causes d'erreur deviennent plus nombreuses; on se trouve en effet en présence d'états pseudo-typhiques qui laissent le praticien hésitant entre une fièvre typhoïde ou tuberculose miliaire aiguë immédiate ou à venir.

Ces formes graves de la grippe n'évoluent pas toujours de la même façon; tantôt elles ont une marche rapide, elles tournent court et le malade passe brusquement d'un état qui inspirait des craintes sérieuses à la guérison.

D'autres fois elles se caractérisent par une allure lente des accès

de fièvre rebelle et finissent cependant à la longue par disparaître sans laisser de traces.

C'est ainsi que dans nos observations IV et V nous voyons les malades présenter des symptômes assez alarmants; dépression complète, fièvre continue avec exacerbation vespérale chez l'un d'entre eux, aux sommets symptômes très inquiétants, matité, respiration soufflante et rude, quelques râles fins, etc., puis au bout d'une semaine chez le premier, de quinze jours chez le second, les symptômes s'amendent, l'état général s'améliore rapidement en même temps que disparaissent les signes stéthoscopiques.

Au contraire, chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation VI, nous sommes en présence d'une forme traînante.

Cette fillette, chez qui tout doit nous faire craindre la tuberculose, ses antécédents héréditaires ainsi que les siens propres, reste du 22 février au 24 mars dans un état très grave, elle présente encore six mois après des râles à l'auscultation et pourtant elle finit par guérir absolument comme le prouve l'examen de sa poitrine pratiqué un an après.

Enfin nos observations VII et VIII nous mettent en présence de deux cas pouvant faire croire à une tuberculose arrivée à la deuxième et même à la troisième période, celle des cavernes. En effet, qu'y trouvons-nous comme signes stéthoscopiques après une auscultation attentive? Au sommet, la sonorité normale a disparu, elle est remplacée par de la matité; au sommet encore, on trouve un souffle, souffle considérable à caractères presque caverneux; dans toute l'étendue du même poumon, on entend des râles moins localisés, mais unilatéraux, ce qui fait repousser l'idée d'une simple bronchite; il y a bien là vraiment de quoi nous inquiéter, et cependant, à mesure que se déroulent les différentes périodes de la maladie, à mesure que nous suivons avec attention son évolution, il nous est donné de faire plusieurs remarques intéressantes et importantes à noter : en effet, chose singulière, la maladie est

apyrétique, le thermomètre, comme le montrent nos relevés de température, conserve le matin et le soir une hauteur normale; en outre, il n'y a presque pas de réaction générale et enfin, dernier signe et des plus décisifs, il n'y a pas de bacilles dans les crachats.

Nos deux observations X et XI portent sur deux cas de gangrène pulmonaire consécutives à la grippe, ayant été toutes les deux précédées d'hémoptysies, mais ayant eu chacune une terminaison bien différente : guérison d'un côté, mort de l'autre.

A propos de ces cas d'hémoptysies post-grippales, disons qu'ils sont assez rares. On en a cependant observé quelques-uns. C'est ainsi que Leard, dans le Dictionnaire de Dechambre, rapporte le fait suivant : « Une jeune femme enceinte et qui, auscultée à plusieurs reprises, n'avait présenté aucun symptôme de tuberculose, fut atteinte des symptômes de la grippe : toux violente, faiblesse, céphalalgie frontale, douleurs au sternum et entre les épaules, trouble des fonctions digestives et fièvre. Elle crache à plusieurs reprises une quantité assez considérable de sang ».

On voit qu'il y a encore là un fait très propre à attirer de suite l'attention sur la tuberculose, car autrement comment expliquer ces hémoptysies brusques? Naturellement, plus tard, la constatation de la gangrène pulmonaire, en nous faisant songer qu'un vaisseau a pu être ulcéré, viendra nous fournir une explication satisfaisante, mais il faut convenir qu'au début de l'affection on est bien en droit d'être un peu embarrassé.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas qui nous occupent, on a encore au début pensé à la tuberculose pulmonaire, on a recherché sans les trouver les bacilles de la tuberculose et ce n'est qu'après une assez longue expectative que le diagnostic a pu être établi d'une façon certaine. En somme et pour terminer, il nous semble que le résultat de ces observations pourrait être résumé dans le tableau suivant :

Résumé des formes de pseudo-tuberculose grippale.

A. *Formes aiguës :*

1° Légères . . .
- Bronchite des sommets.
- Pneumonie congestive des sommets.
- Broncho-pneumonie des sommets.
- Bronchite spasmodique avec congestion du sommet.

2° Graves. . . .
- Formes typhiques.
- — pseudo-granuliques.
  - α. Evolution rapide, tournant court.
  - β. — lente, fébrile.

B. *Formes chroniques :*

Broncho-pneumonies post-grippales traînantes :

1° Avec signes de tuberculose à la deuxième période :

2° Avec hémoptysie. . .
- pneumonie pleurogène.
- — gangréneuse curable.

PRONOSTIC

Quel est le pronostic qu'on devra en général porter dans ces cas de pseudo-tuberculoses? Eh bien, d'une façon générale, il nous semble qu'il sera plutôt favorable.

Souvent la guérison arrive rapidement ; au bout d'une semaine, de quelques jours à peine, quelquefois elle se fait attendre longtemps : la maladie affecte une allure traînante, qui peut inspirer des inquiétudes assez sérieuses au médecin et à l'entourage du malade; mais dans ces cas eux-mêmes, la guérison, pour être tardive, n'en finit pas moins par arriver, et il faut des circonstances exceptionnelles pour que la terminaison soit fatale ; c'est ainsi qu'on peut voir que chez un seul de nos malades la maladie a été mortelle, et dans ce cas, on était à peu près désarmé, l'hémoptysie qui a emporté le malade étant due probablement à l'ulcération d'un vaisseau assez considérable du poumon par le processus gangréneux.

Cette bénignité relative des pseudo-tuberculoses sera justement une des pierres de touche qui mettront sur la voie du diagnostic précoce ou tardif.

Nous devons nous demander encore à propos du pronostic si ces phlegmasies grippales ne laissent pas dans le poumon quelque reliquat funeste, quelque disposition spéciale à la tuberculose.

Il est évident que chez un sujet déjà prédisposé, elles pourraient réveiller une diathèse latente et donner le coup de fouet nécessaire

à l'éclosion du mal, mais si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que plusieurs malades auscultés longtemps après leur grippe, des mois et même des années après, possédaient un poumon absolument intact et que leur état général ne laissait absolument rien à désirer.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic sera-t-il toujours aisé? Nous ne le croyons pas. Sans doute, dans les formes légères, apyrétiques, guérissant rapidement, la transformation des signes fonctionnels et physiques fait bientôt rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire qu'on avait porté au début, mais dans d'autres cas l'erreur peut être plus facile à commettre et plus durable : chez des surmenés présentant des états pseudo-typhiques ou granuliques, il est bien permis de rester hésitant; aussi est-ce dans ces cas que l'analyse microscopique des crachats, si le malade crache, sera utile et viendra dans certains cas juger en dernier ressort.

Peut-être, dans un avenir singulièrement proche, le diagnostic sera-t-il encore simplifié par l'emploi des sérums. Nous regrettons de n'avoir pas eu entre les mains cet hiver de la tuberculine; en effet, au mois de juin dernier, lorsque nous remplissions les fonctions d'interne à la salle 20, nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Sabrazès, constater que les renseignements fournis par la tuberculine (injectée à la dose de 2 à 3 milligrammes) étaient extrêmement précieux, et constituaient un moyen assez commode de diagnostic, sans réel danger pour le patient, qui, après une réaction passagère de quelques heures, semblait n'en éprouver aucun effet nocif; il nous semble donc que ces injections de tuberculine, véritable réactif d'une exquise sensibilité, pourraient donner quelques résultats intéressants dans des pseudo-tuberculoses identiques à ceux que nous avons cités.

« Ces jours derniers, M. Widal faisait à la Société médicale des hôpitaux une communication de la plus haute importance : il indiquait le moyen de faire en quelques instants d'une façon précise, indiscutable, le diagnostic parfois si difficile de la fièvre typhoïde ». Ainsi s'exprimait, le 7 juillet dernier, M. Dieulafoy devant l'Académie de médecine; il ajoutait : Grâce au sérodiagnostic (tel est le nom de la nouvelle méthode, qui fera certainement fortune), nous pourrons distinguer maintenant ces grippes infectieuses, revêtant parfois les allures de la fièvre typhoïde et présentant parfois un diagnostic insurmontable..... Nous allons savoir s'ils sont atteints de fièvre typhoïde ou de granulie ces malades auxquels je faisais allusion au début de ma communication ».

N'y a-t-il pas là quelque chose concernant le sujet de notre thèse? Il nous semble que si. A l'avenir, le médecin, armé du microscope pour déceler le bacille de Koch de la tuberculine, pour provoquer la réaction de ses toxines, pourra en outre, grâce à la méthode de Pfeiffer, assurer le diagnostic de la fièvre typhoïde à l'une de ces trois questions : y a-t-il seulement grippe infectieuse, tuberculose ou dothiénenthérie? Il pourra répondre d'une façon catégorique.

TRAITEMENT

On ne peut pas, d'une façon générale, formuler un traitement pour l'ensemble des cas qui nous ont occupé; il est évident qu'il devra, suivant les circonstances, répondre à de multiples indications :

Abaisser la température : pour cela nous aurons la quinine, le gaïacol en badigeonnages, grâce auquel nous avons pu constater, dans bien des cas, une descente rapide et durable de la courbe thermique.

Faudra-t-il modifier les sécrétions bronchiques? Nous aurons les antiseptiques pulmonaires, le benzoate de soude, etc. La révulsion pourra nous rendre aussi des services; mais il ne faudra jamais oublier que toutes les manifestations observées étant de nature éminemment infectieuses, on devra soutenir, tonifier le malade, en un mot chercher à relever autant que possible son état général.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

G. Sée. — Comptes-rendus de l'Académie de médecine, 1883.

Netter. — Traité de thérapeutique, 1896.

Lemoyne. — Congrès médecine interne. Lyon, 1894.

Masson. — Traité de médecine.

Dubo. — Thèse de Lyon, 1893.

20,264. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.